附件二：

“校园健康跑”免跑申请表

学院：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 专业班级 |  |
| 学 号 |  | 联系电话 |  |
| 申请原由：（县级以上医院证明附后） | | | |
| 学院意见：  签名： 年 月 日 | | | |
| 任课教师（体育）意见：    签名： 年 月 日 | | | |
| 教研室意见：    签名： 年 月 日 | | | |